

ZARZĄDZENIE Nr 13/2017

PREZESA

AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI

z dnia 10 marca 2017 r.

w sprawie zmiany zarządzenia nr 8/2017 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 27 lutego 2017 r. w sprawie zasad przekazywania przez świadczeniodawców danych kosztowych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń

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 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.), zarządza się, co następuje.

§ 1.

W zarządzeniu nr 8/2017 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 27 lutego 2017 r. w sprawie zasad przekazywania przez świadczeniodawców danych kosztowych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń, zwanego dalej „Zarządzeniem”, wprowadza się następujące zmiany:

- 1) załącznikowi nr 1 Zarządzenia, tj. „*Zasodom wypełniania przez świadczeniodawców plików z danymi niezbędnymi do ustalenia taryfy świadczeń (karty kosztorysowe)*”, nadaje się brzmienie zgodne z treścią załącznika nr 1 do niniejszego zarządzenia,
- 2) załącznikowi nr 2 Zarządzenia, tj. „*Zasodom wypełniania przez świadczeniodawców plików z danymi niezbędnymi do ustalenia taryfy świadczeń (karty kosztorysowe - losowanie)*” nadaje się brzmienie zgodne z treścią załącznika nr 2 do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

PREZES
Wojciech J. Mutusowicz
dr n. med. Wojciech J. Mutusowicz

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

Formularze służą zebraniu informacji na temat średnich kosztów realizacji poszczególnych świadczeń stanowiących przedmiot umowy. Poniesione koszty odnieść należy do roku 2015, a w przypadku wybranych świadczeń, w stosunku do II połowy roku 2016.

Jako świadczenie rozumieć należy:

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

Przy wypełnianiu kart kosztorysowych należy zachować następujące zasady:

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

Prosimy o:

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

NALEŻY WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POLA WE WSZYSTKICH TABELACH. Brak wypełnienia dopuszczalny jest jedynie wtedy, jeśli w realizacji świadczenia nie mają zastosowania którekolwiek z elementów (zasobów). Wówczas w odpowiedniej tabeli wpisać należy "nie dotyczy". Informacje o wszystkich świadczeniach, do których przekazywane są dane, zawrzeć należy w jednym pliku, wpisując w odrębnym wierszu dane dotyczące każdego ze świadczeń.

Nazewnictwo plików:

Nazwa pliku ma zostać zbudowana w następujący sposób:

<numer ankiety>

gdzie:

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

wyczenia kosztów hospitalizacji; wartość tą wliczyć należy jako liczbę godzin od momentu przyjęcia pacjenta do szpitala do momentu jego wypisu, przeliczoną na liczbę dni; liczbę należy podać w systemie dziesiętnym	organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych		Z WYŁĄCZENIEM kosztów procedur medycznych oraz kosztów leków i wyrobów medycznych stanowiących bezpośrednio koszt pacjenta, wliczony zgodnie z następującym wzorem: (koszty całkowite oddziału [bezpośrednie i pośrednie, w tym koszty zarządku] - koszty leków i wyrobów medycznych stanowiące bezpośredni koszt pacjenta [przedstawione w kolumnach P i Q w odniesieniu do danego świadczenia] - koszty procedur medycznych [zewnętrznych oraz oblokowane koszty ośrodków realizujących procedury medyczne])/ rzeczywista liczba osobobdni na oddziale	dla wybranych świadczeń druga połowa 2016 r., liczone wyłącznie w odniesieniu do miesięcy funkcjonowania oddziału [niezależnie od realizowanego kodu produktu]	zostac przeliczone dla jednego osobobdnia - tj. na przykład, średnie wynagrodzenie lekarza przypadające na jeden osobobdzień hospitalizacji wliczone jako: całkowite wynagrodzenie wszystkich lekarzy za prace na danym oddziale (w tym dyżury) w danym okresie podzielone przez rzeczywistą liczbę osobobdni zrealizowanych na tym oddziale w tym okresie	w kolumnach P-R nie są ujęte w kosztach osobobdnia. Koszty powinny zostać podane jako średnia wartość dla pojedynczej hospitalizacji (nie na osobobdzień!). Koszt procedur w kolumnie R powinien zawierać koszty wszystkich procedur diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych, konsultacji zewnętrznych itd., które nie zostały uwzględnione w koszcie osobobdnia [proszę nie doliczać kosztów procedur realizowanych standardowo w trakcie pobytu na oddziale, np. założenie wenflonu, naktucie żyły czy opieka pielęgniarki]				
h	i	j	k	l	m	n	o	p	q	r

Procedura zabiegowa, w tym:

Średni czas pobytu pacjenta na sali operacyjnej/zabiegowej	Średni czas trwania zabiegu/operacji	Kod resortowy pracowni/bloku/ sali operacyjnej	Nazwa pracowni/bloku/ sali operacyjnej	Koszt infrastruktury bloku/ sali zabiegowej przypadający na	Liczba operatorów biorących udział w zabiegu	Średnie wynagrodzenie operatorów w zabiegu	Liczba pielęgniarek biorących udział w zabiegu	Średnie wynagrodzenie pielęgniarek za zabieg	Pozostały personel medyczny	Średnie wynagrodzenie pozostałego personelu medycznego za zabieg	Średni koszt - leki (bez leków anestetycznych)	Średni koszt - wyrob medyczne	Średni koszt - procedury diagnostyczne	Najczęstszy rodzaj stosowanego znieczulenia	Średni koszt procedury znieczulenia/ anestezji

Rozumiany jako czas pobytu pacjenta na sali operacyjnej/zabiegowej, związany z przygotowaniem i realizacją procedury zabiegowej. Czas przedstawiony w minutach jako całkowita liczba całkowita	Sredni czas trwania zabiegu/operacji. Czas przedstawiony w minutach jako liczba całkowita	Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych	Kod	Charakterystyka	Proszę o podanie wynagrodzenia, jakie otrzymują wszyscy operatorzy wskazani w kolumnie X za wykonaną procedurę	Proszę o podanie wynagrodzenia, jakie otrzymują wszyscy pielęgniarki i wskazane w kolumnie Z za wykonaną procedurę	Proszę o podanie wynagrodzenia, jakie otrzymuje personel wskazany w kolumnie AB za wykonaną procedurę	Średni koszt przypadający na jedną procedurę [PLN]	Pełny koszt procedury znieczulenia zawierający koszty leków, wyrobów medycznych, personelu, środków trwałych i innych zasobów zużywanych w procedurze						
s	t	u	v	w	x	y	z	aa	ab	ac	ad	ae	af	ag	ah

Łączny koszt realizacji świadczenia
Suma wszystkich kategorii kosztów - personel, leki wyroby medyczne, procedur, koszty infrastruktury oraz osobadnia, koszty hospitalizacji należy przemnożyć przez średnią długość hospitalizacji
ai

II. GRUPY ZACHOWAWCZE

Należy wypełnić wszystkie pola, zamieszczając w odrębnych wierszach informacje dotyczące poszczególnych świadczeń. W jednym wierszu powinny znaleźć się uśrednione dane dotyczące wszystkich przypadków w danym okresie, w których zrealizowano dane świadczenie (grupę JGP). Wypełnić należy każdą z części tabeli, w ostatniej kolumnie podając sumę średniego kosztu realizacji danego świadczenia.

Informacje ogólne					
Lp.	Kod produktu	OW NFZ [numer]	Nazwa świadczeniodawcy	Kod świadczeniodawcy	
				Kod świadczeniodawcy	Liczba świadczeń objętych analizą zrealizowanych w 2015 roku/ dla wybranych świadczeń druga połowa 2016 r.
a	b	c	d	e	f
1					
2					
3					

Hospitalizacja, w tym:									
Sredni czas trwania hospitalizacji	Kod resortowy oddziału, na którym hospitalizowany jest pacjent	Osobodzień na oddziale [zł]	Obłożenie oddziału [%]	Srednie wynagrodzenie - Lekarz	Srednie wynagrodzenie - Pielęgniarka	Srednie wynagrodzenie - Pozostali personel medyczny	Sredni koszt - leki	Sredni koszt - wyroby medyczne	Sredni koszt - procedury
Srednia dlugosc = wartosc, ktora świadczeniodawca przyjmuje do wyliczenia kosztów hospitalizacji; wartosc ta jako liczbę godzin od momentu przyjęcia pacjenta do szpitala do momentu jego wypisu,	Kod resortowy oddziału, na którym hospitalizowany jest pacjent Nazwa oddziału, na którym hospitalizowany jest pacjent	Sredni koszt rzeczywisty osobodnia na oddziale w 2015 roku/ dla wybranych świadczeń druga połowa 2016 r. Z WYŁĄCZENIEM kosztów leków medycznych oraz kosztów leków i wyrobów medycznych stanowiących bezpośrednio koszt pacjenta, wyliczony zgodnie z następującym wzorem: (koszty całkowite oddziału (bezpośrednie i pośrednie, w tym koszty zarządu) - koszty leków	Srednie obłożenie oddziału w 2015 roku/ dla wybranych świadczeń druga połowa 2016 r., liczone wyłącznie w odniesieniu do miesięcy funkcjonowania oddziału (niezależnie od realizowanego	Koszty personelu stanowiące składową kosztu osobodnia przedstawionego w kolumnie J, koszty personelu powinny uwzględniać wszystkie składowe (w tym koszty pracodawcy); wynagrodzenia powinny zostać przeliczone dla jednego osobodnia - tj. na przykład, jeden osobodzień hospitalizacji wyliczone jako: całkowite wynagrodzenie wszystkich lekarzy za pracę na danym oddziale (w tym dyżury) w danym okresie podzielone przez rzeczywistą liczbę osobodni zrealizowanych na tym oddziale w tym okresie	Sredni łączny koszt leków/ wyrobów medycznych/ procedur z wyłączeniem tych rozliczanych w ramach katalogu 1c; koszty przedstawione w kolumnach O-Q nie są ujęte w kosztach osobodnia. Koszty powinny zostać podane jako srednia wartosc dla pojedynczej hospitalizacji (nie na osobodzień!). Koszt procedur w kolumnie Q powinien zawierać koszty wszystkich procedur diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych, konsultacji zewnętrznych itd., które nie zostały uwzględnione w koszcie osobodnia (prosze nie doliczać kosztów procedur realizowanych standardowo w trakcie pobytu na oddziale,				

przeliczoną na liczbę dni; liczbę należy podać w systemie dziesiętnym		[przedstawione w kolumnach O i P w odniesieniu do danego świadczenia] - koszty procedur medycznych [zewnątrznych oraz alokowane koszty ośrodków realizujących procedury medyczne]/rzeczywista liczba osobodni na oddziale	kodu produktu]	np. założenie wenflonu, nakłucie żyły czy opieka pielęgniarki)						
g	h	i	k	l	m	n	o	p	q	

łącznie koszt realizacji świadczenia
Suma wszystkich kategorii kosztów - personel, leki wyroby medyczne, procedury, koszty oraz osoboania z uwzględnieniem czasu trwania hospitalizacji
r

III. PL

Poza uśrednionymi danymi o całej populacji pacjentów, przedstawionymi w odpowiednich zakładkach „Grupy_zabiegowe” bądź „Grupy_zachowawcze”, w zakładce tej wskazać należy informacje o produktach leczniczych stosowanych w realizacji danego świadczenia: rodzaj tych produktów oraz średnim zużyciu w procesie realizacji jednego świadczenia, a także o częstości zastosowania w całej populacji. Każdy z produktów leczniczych wpisać należy w odrębnym wierszu jednocześnie w kolumnach B-I wskazując świadczenie, którego dotyczy produkt leczniczy.

W przypadku wypełniania tabeli w odniesieniu do grup zachowawczych, pominać należy kolumny D-I. Na czerwono wpisane zostały przykłady prawidłowego uzupełnienia tabeli.

Lp.	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Kod ICD-9 i nazwa procedury kierunkowej będącej warunkiem rozliczenia daną JGP					
			Kod pierwszej procedury ICD-9 w realizacji której podano produkt leczniczy	Nazwa pierwszej procedury ICD-9 w realizacji której podano produkt leczniczy	Kod towarzyszącej procedury ICD-9 w realizacji której podano produkt leczniczy	Nazwa towarzyszącej procedury ICD-9 w realizacji której podano produkt leczniczy	Kod kolejnej procedury ICD-9 w realizacji której podano produkt leczniczy	Nazwa kolejnej procedury ICD-9 w realizacji której podano produkt leczniczy
a	b	c	d	e	f	g	h	i
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

*Jeśli warunkiem grupy jest sprawozdanie tylko 1 procedury kierunkowej, proszę wypełnić tylko kolumny "d", "f" i "e";
Jeśli warunkiem grupy jest sprawozdanie kilku procedur kierunkowych, w kolumnach "d", "f" i "e" proszę wpisać procedurę wiążącą, zaś w kolejne kolumny pozostałe procedury.*

Jeśli rozliczenie danej grupy nie jest uwarunkowane wykonaniem procedury kierunkowej proszę pozostawić pola puste

Nazwa handlowa produktu leczniczego*	Nazwa międzynarodowa*	Jednostka miary*	Dawka*	Łączna liczba dawek podanych wszystkim pacjentom, którym wyceniano świadczenia **	Cena jednostkowa jednostki miary		Liczba pacjentów, u których zastosowano produkt leczniczy	Liczba wszystkich przypadków, w których zrealizowano daną procedurę kierunkową/ świadczenie w danym okresie	Kategoria/zastosowanie produktu leczniczego* - OPCJONALNIE
					o	p			
j	k	l	m	n			r	s	
np. Curosurf	Surfactantum	1 fioł. 1,5 ml	120mg/1,5 ml					np. surfaktant	
np. Mycamine	Micafungin	1 fioł. 10 ml	50mg/10 ml					np. przeciwgrzybiczy	
np. Ambisome	Amphotericinu m B	fioł. 10 ml	50mg/10 ml					np. przeciwgrzybiczy	
np. ANTITHROMBIN III 500J.M.	Antithrombinu m humanum	amp. 1 ml	500 j.m./ml					np. przeciwzakrzepowy	
np. Tienek azotu w N2 MED. 10 L 1,5 M3	Dinitrogenii oxidum	1 but. 7 kg	-					np. gaz medyczny	
np. PEDEA 10	Ibuprofenum	amp. 2ml	10mg/2ml					np. leczenie	

^ jeżeli wyrób jest jednorazowego użytku proszę wpisać 1, jeżeli wielorazowego użytku proszę wpisać 2; w przypadku wyrobów wielorazowego użytku proszę wpisać w polu UWAGI wpisać na ilu pacjentów przypada zużycie jednego wyrobu

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

VI. ŚRODKI TRWAŁE

Tabela służy przekazaniu informacji o środkach trwały charakterystycznych dla realizacji danego świadczenia. W przypadku konieczności wskazania odmiennych środków trwałych służących realizacji różnego rodzaju świadczeń, stworzyć należy odrębną zakładkę.

Lp.	Nazwa OPK	Koszt utrzymania oraz koszt amortyzacji środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych (WNIP) przypisanych do OPK, w tym również całkowicie zamortyzowanych ale nadal używanych.										Procedury ⁸ , w których wykorzystywany jest środek trwały/ WNIP
		Nazwa środka trwałego i WNIP	Zamortyzowany [1=Tak]	Najem/ dzierżawa/ leasing ¹ [1=Tak]	Rok nabycia środka trwałego i WNIP ²	Wartość początkowa środka trwałego i WNIP ³	Ilość sztuk środków trwałych i WNIP ⁴	Liczba miesięcy funkcjonowania danego środka trwałego i WNIP w roku ⁵	Roczny koszt utrzymania środka trwałego i WNIP ⁶	Roczny koszt amortyzacji ⁷		
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	
1												
2												
3												
4												

1. Najem / dzierżawa / leasing - w przypadku, kiedy użytkowany przez świadczeniodawcę środek trwały był w danym roku leasingowany / dzierżawiony / wynajmowany od innego podmiotu, prosimy wpisać 1. Dla tych środków trwałych można pozostawić puste kolumny "Rok zakupu śr trwałego" i "Wartość początkowa śr trwałego".

2. Rok nabycia środka trwałego i WNIP - rok, w którym śr trwałego/WNIP zostały nabyte (zakup, najem dzierżawa, leasing, darowizna).

3. Wartość początkowa - w przypadku śr trwałych / WNIP wartość stanowiąca podstawę naliczania amortyzacji (w przypadku wyposażenia będzie to cena nabycia). W przypadku środka trwałego, który pierwotnie był w dzierżawie/leasingu, a w danym roku stał się własnością świadczeniodawcy, prosimy o podanie wartości, po której środek trwały został przyjęty do ksiąg.

4. Ilość sztuk środków trwałych lub WNIP - prosimy o zgrupowanie takich samych środków trwałych o tej samej wartości początkowej (jeśli w danym OPK jest ich więcej), wówczas prosimy o wpisanie ich liczby, np.7 (w takim przypadku do kolumny wartość początkowa śr trw prosimy wpisać sumę ich wartości początkowych). Jeśli jednak jeden środek trwały jest przypisany także w innym OPK, wówczas prosimy o wpisanie liczby ułamkowej, np. 0,25 jeśli środek trwały jest przypisany do 4 OPKów (wówczas jednak prosimy wpisać taką samą wartość początkową we wszystkich OPKach).

5. Liczba miesięcy funkcjonowania danego środka trwałego i WNIP w roku - ważne w przypadku kiedy środki trwałe/WNIP funkcjonowały przez mniejszą liczbę miesięcy w sprawozdawanym okresie, np. jeśli środek trwały funkcjonował w miesiącach I-IV lub IX-XII, prosimy wpisać 4, jeśli w miesiącach I-X prosimy wpisać 10, itd.

6. Koszt powinien uwzględniać opłaty z tytułu najmu, dzierżawy, leasingu, opłaty serwisowe oraz ewentualnie inne koszty związane z utrzymaniem sprzętu (bez amortyzacji).

7. W przypadku środków trwałych i WNIP całkowicie zamortyzowanych pozostających ciągle w użytkowaniu, prosimy wpisać 0. W przypadku środka trwałego zaksięgowanego w kilku OPKach, prosimy wpisać część kosztu amortyzacji przypadającą na ten OPK.

8. Proszę wymienić kody ICD-9 procedur medycznych, podczas realizacji których standardowo wykorzystuje się środek trwały/ WNIP. Kody procedur należy rozdzielić przecinkami. Jeżeli środek trwały nie jest związany z konkretną procedurą ICD-9 (np. inkubator) proszę wpisać "do pobytu".

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

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

Jako świadczenie rozumieć należy:

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

Przy wypełnianiu kart kosztorysowych należy zachować następujące zasady:

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

Prosimy o:

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

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

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

Nazewnictwo plików:

Nazwa pliku ma zostać zbudowana w następujący sposób:

<numer ankiety>.<LOSOWANIE>

gdzie:

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

<LOSOWANIE> - jest informacją o trybie przekazywania danych

I. GRUPY ZABIEGOWE

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

Wypełnić należy każdą z części tabeli, w ostatniej kolumnie podając sumę średniego kosztu realizacji danego świadczenia.

Informacje ogólne							
Lp.	Identyfikator pacjenta	Kod produktu	Kod ICD-9 procedury	OW NFZ [numer]	Nazwa świadczeniodawcy	Kod świadczeniodawcy	Liczba świadczeń objętych analizą zrealizowanych w 2015 roku/ dla wybranych świadczeń druga połowa 2016 r.
	<i>Identyfikator pacjenta musi być zgodny z listą wylosowanych pacjentów, przekazaną przez AOTMiT</i>					<i>Kod świadczeniodawcy nadawany przez odpowiedni OW NFZ</i>	<i>Dotyczy liczby pacjentów zadeklarowanych przez świadczeniodawcę w ankiecie lub wylosowanych, o których dane wystąpi AOTMiT</i>
a	b	c	d	e	f	g	h
1							
2							
3							

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

Wylizyć należy jako liczbę godzin od momentu przyjęcia pacjenta do szpitala do momentu jego wypisu, przeliczoną na liczbę dni; liczbę należy podać w systemie dziesiętnym	Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych	Średni koszt rzeczywisty osobodnia na oddziale w 2015 roku/ dla wybranych świadczeń drugą połową 2016 r., z WYŁĄCZENIEM kosztów procedur medycznych oraz kosztów leków i wyrobów medycznych stanowiących bezpośrednio koszt pacjenta, wylizony zgodnie z następującym wzorem: (koszty całkowite oddziału (bezpśrednie i pośrednie, w tym koszty zarządu) - koszty leków i wyrobów medycznych stanowiące bezpośredni koszt pacjenta - koszty procedur medycznych [zewnątrznych oraz ułokowane koszty ośrodków realizujących procedury medyczne])/ rzeczywista liczba osobodni na oddziale	Średnie obłożenie oddziału w 2015 roku/ dla wybranych świadczeń drugą połową 2016 r., liczone w odniesieniu do miesięcy funkcjonowania oddziału [niezależnie od realizowanego kodu produktu]	Koszty personelu stanowiące składową kosztu osobodnia przedstawione w kolumnie L; koszty personelu powinny uwzględniać wszystkie składowe (w tym koszty pracodawcy), wynagrodzenia powinny zostać przeliczone dla jednego osobodnia - tj. na przykład, średnie wynagrodzenie lekarza przypadające na jeden osobodzień hospitalizacji wyliczone jako: całkowite wynagrodzenie wszystkich lekarzy za pracę na danym oddziale (w tym dyżury) w danym okresie podzielone przez rzeczywistą liczbę osobodni zrealizowanych na tym oddziale w tym okresie	tączny koszt leków/ wyrobów medycznych/ procedur z wyłączeniem tych rozliczanych w ramach katalogu 1c; koszty przedstawione w kolumnach Q-S nie są ujęte w kosztach osobodnia. Koszty powinny zostać podane jako wartość dla pojedynczej hospitalizacji (nie na osobodzień). Koszt procedur w kolumnie S powinien zawierać koszty wszystkich procedur diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych, konsultacji zewnętrznych itd., które nie zostały uwzględnione w koszcie osobodnia (proszę nie doliczać kosztów procedur realizowanych standardowo w trakcie pobytu na oddziale, np. założenie wenflonu, nakłucie żyły czy opieka pielęgniarki					
i	j	k	l	m	n	o	p	q	r	s

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

Rozumiany jako czas pobytu pacjenta na sali operacyjnej/zabiegowej, związany z przygotowaniem i realizacją procedury zabiegowej. Czas przedstawiony w minutach jako całkowita liczba całkowita	Czas trwania zabiegu/operacji. Czas przedstawiony w minutach jako liczba całkowita	Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych	w	x	y	z	aa	ab	ac	ad	Łączny koszt przypadający na jedną procedurę [PLN]			ah	ai
t	u	v	w	x	y	z	aa	ab	ac	ad	ae	af	ag	ah	ai

Łączny koszt realizacji świadczenia
Suma wszystkich kategorii kosztów - personel, leki, wyroby medyczne, procedur, koszty infrastruktury oraz osobodnia, koszty hospitalizacji należy przemnożyć przez średnią długość hospitalizacji
aj

II. GRUPY ZACHOWAWCZE

Należy wypełnić wszystkie pola, zamieszczając w odrębnych wierszach informacje dotyczące poszczególnych wylosowanych pacjentów. W jednym wierszu powinny znaleźć się dane dotyczące pojedynczego pacjenta, u którego zrealizowano daną procedurę w ramach danego produktu (grupy JGP). Wypełnić należy każdą z części tabeli, w ostatniej kolumnie podając sumę średniego kosztu realizacji danego świadczenia.

Informacje ogólne						
Lp.	Identyfikator pacjenta <i>Identyfikator pacjenta musi być zgodny z listą wylosowanych pacjentów, przekazaną przez AOTMiT</i>	Kod produktu	OW NFZ [numer]	Nazwa świadczeniodawcy	Kod świadczeniodawcy <i>Kod świadczeniodawcy nadawany przez odpowiedni OW/NFZ</i>	Liczba świadczeń objętych analizą zrealizowanych w 2015 roku/ dla wybranych świadczeń druga połowa 2016 r.
a	b	c	d	e	f	g
1						
2						
3						

Hospitalizacja, w tym:										
Wypełnić należy jako liczbę godzin od momentu przyjęcia pacjenta do szpitala do momentu jego wypisu, przeliczoną na liczbę dni; liczbę należy podać w systemie dziesiętnym	Kod resortowy oddziału, na którym hospitalizowany jest pacjent <i>Kod charakterystyczny specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych</i>	Nazwa oddziału, na którym hospitalizowany jest pacjent	Osobodzień na oddziale [zł]	Średnie obłożenie oddziału w 2015 roku/ dla wybranych świadczeń druga połowa 2016 r., liczone wyłącznie w odniesieniu do miesięcy funkcjonowania oddziału	Średnie wynagrodzenie - Lekarz	Średnie wynagrodzenie - Pielęgniarka	Średnie wynagrodzenie - Pozostały personel medyczny	Łączny koszt - leki	Łączny koszt - wyroby medyczne	Łączny koszt - procedury (z wyłączeniem procedur zabiegowych)

Kod ICD-9 i nazwa procedury kierunkowej będącej warunkiem rozliczenia daną JGP						
Lp.	Identyfikator pacjenta zgodny z listą wylosowanych pacjentów, przekazaną przez AOTMIT	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Kod pierwszej procedury ICD-9 w realizacji której podano produkt leczniczy	Nazwa pierwszej procedury ICD-9 w realizacji której podano produkt leczniczy	Kod towarzyszącej procedury ICD-9 w realizacji której podano produkt leczniczy
				Nazwa towarzyszącej procedury ICD-9 w realizacji której podano produkt leczniczy	Nazwa towarzyszącej procedury ICD-9 w realizacji której podano produkt leczniczy	Kod kolejnej procedury ICD-9 w realizacji której podano produkt leczniczy
				Nazwa kolejnej procedury ICD-9 w realizacji której podano produkt leczniczy		
a	b	c	d	e	f	g
1						
2						
3						
4						

Jeśli warunkiem grupy jest sprawozdanie tylko 1 procedury kierunkowej, proszę wypełnić tylko kolumny "d", "e", "f", "g", "h", "i", "j".

Jeśli warunkiem grupy jest sprawozdanie kilku procedur kierunkowych, w kolumnach "d", "e", "f", "g", "h", "i", "j" proszę wpisać procedurę wiodącą, zaś w kolejne kolumny pozostałe procedury.

Jeśli rozliczenie danej grupy nie jest uwarunkowane wykonaniem procedury kierunkowej proszę pozostawić pola puste

Nazwa handlowa produktu leczniczego*	Nazwa międzynarodowa a*	Jednostka miary*	Dawka*	Łączna liczba dawek podanych pacjentowi **	Cena jednostkowa jednostki miary <i>Cena jednostkowa odpowiada pojedynczej dawce wskazanej w kolumnie M. Nie należy podawać kosztu całego opakowania np. 50 tabl, 100 amp itp.</i>	Liczba wszystkich przypadków, w których zrealizowano daną procedurę kierunkową/ świadczenie w danym okresie	Kategoria/zastosowanie produktu leczniczego* - OPCJONALNIE
np. Curosurf	Surfactantum	1 fioł. 1,5 ml	120mg/1,5 ml				np. surfaktant
np. Mycamine	Micafungin	1 fioł. 10 ml	50mg/10 ml				np. przeciwgrzybiczy
np. Ambisome	Amphotericinum B	fioł. 10 ml	50mg/10 ml				np. przeciwgrzybiczy

np. ANTITHROMBIN III 500I.M.	Antithrombinum humanum	amp. 1 ml	500 j.m./ml			np. przeciwzakrzepowy
np. Tlenek azotu w N2 MED. 10 L 1,5 M3	Dinitrogenii oxidum	1 but. 7 kg	-			np. gaz medyczny
np. PEDEA 10 MG/2ML INJ. X 4 AMP.	Ibuprofenum	amp. 2ml	10mg/2ml			np. leczenie przetrwałego przewodu tętniczego

* Tabela zawiera przykłady prawidłowo sprawdzonych leków - na czerwono

** w przypadku gdy nie użyto całej ampulki/worka należy uwzględnić straty danego produktu leczniczego

IV. WM

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

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

Na czerwono wpisane zostały przykłady prawidłowego uzupełnienia tabeli.

Lp.	Identyfikator pacjenta zgodny z listą wylosowanych pacjentów, przekazaną przez AOTMiT	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Kod ICD-9 i nazwa procedury kierunkowej będącej warunkiem rozliczenia daną JGP					
				Kod pierwszej procedury ICD-9 w realizacji której użyto wyrobów medyczny	Nazwa pierwszej procedury ICD-9 w realizacji której użyto wyrobów medyczny	Kod towarzyszącej procedury ICD-9 w realizacji której użyto wyrobów medyczny	Nazwa towarzyszącej procedury ICD-9 w realizacji której użyto wyrobów medyczny	Kod kolejnej procedury ICD-9 w realizacji której użyto wyrobów medyczny	Nazwa kolejnej procedury ICD-9 w realizacji której użyto wyrobów medyczny
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
1									
2									
3									

*Jeśli warunkiem grupy jest sprawozdanie tylko 1 procedury kierunkowej, proszę wypełnić tylko kolumny "d" i "e";
Jeśli warunkiem grupy jest sprawozdanie kilku procedur kierunkowych, w kolumnach "d" i "e" proszę wpisać procedurę wiodącą, zaś w kolejne kolumny pozostałe procedury.
Jeśli rozliczenie danej grupy nie jest uwarunkowane wykonaniem procedury kierunkowej proszę pozostawić pola puste*

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

np. zestaw do znieczulenia	2	zestaw	Nazwa handlowa ^o , typ, producent, rodzaj, rozmiar, elementy i liczba sztuk w komplecie			
np. cement kostny	1	opakowanie	Nazwa handlowa ^o , typ, producent, rodzaj, rozmiar opakowania (cm3, g)			

V. PR

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

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

Na czerwono wpisane zostały przykłady prawidłowego uzupełnienia tabeli.

Lp.	Identyfikator pacjenta zgodny z listą wylosowanych pacjentów, przekazaną przez AOTMiT	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Kod ICD-9 i nazwa procedury kierunkowej będącej warunkiem rozliczenia daną JGP					
				Kod pierwszej procedury ICD-9	Nazwa pierwszej procedury ICD-9	Kod towarzyszącej procedury ICD-9	Nazwa towarzyszącej procedury ICD-9	Kod kolejnej procedury ICD-9	Nazwa kolejnej procedury ICD-9
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
1									
2									

*Jeśli warunkiem grupy jest sprawozdanie tylko 1 procedury kierunkowej, proszę wypełnić tylko kolumny "d" i "e";
jeśli warunkiem grupy jest sprawozdanie kilku procedur kierunkowych, w kolumnach "d" i "e" proszę wpisać procedurę wiążącą, zaś w kolejne kolumny pozostałe procedury;
jeśli rozliczenie danej grupy nie jest uwarunkowane wykonaniem procedury kierunkowej proszę pozostawić pola puste*

Procedury obrazowe i laboratoryjne oraz konsultacje wykonane w trakcie hospitalizacji

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

VI. ŚRODKI TRWAŁE

Tabela służy przekazaniu informacji o środkach trwałe charakterystycznych dla realizacji danego świadczenia. W przypadku konieczności wskazania odmiennych środków trwałych służących realizacji różnego rodzaju świadczeń, stworzyć należy odrębną zakładkę.

Lp.	Nazwa OPK	Koszt utrzymania oraz koszt amortyzacji środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych (WNIP) przypisanych do OPK, w tym również całkowicie zamortyzowanych ale nadal używanych.										Procedury ⁸ , w których wykorzystywany jest środek trwały/ WNIP
		Nazwa środka trwałego i WNIP	Zamortyzowany [1=Tak]	Najem/ dzierżawa/ leasing ¹ [1=Tak]	Rok nabycia środka trwałego i WNIP ²	Wartość początkowa środka trwałego i WNIP ³	Ilość sztuk środków trwałych i WNIP ⁴	Liczba miesięcy funkcjonowania danego środka trwałego i WNIP w roku ⁵	Roczny koszt utrzymania środka trwałego i WNIP ⁶	Roczny koszt amortyzacji ⁷		
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	
1												
2												
3												
4												

1. Najem / dzierżawa / leasing - w przypadku, kiedy użytkowany przez świadczeniodawcę środek trwały był w danym roku leasingowany / dzierżawiony / wynajmowany od innego podmiotu, prosimy wpisać 1. Dla tych środków trwałych można pozostawić puste kolumny "Rok zakupu śr trwałego" i "Wartość początkowa śr trwałego".

2. Rok nabycia środka trwałego i WNIP - rok, w którym śr trwałe/WNIP zostały nabyte (zakup, najem dzierżawa, leasing, darowizna).

3. Wartość początkowa - w przypadku sr trwałych / WNIP wartość stanowiąca podstawę naliczania amortyzacji (w przypadku wyposażenia będzie to cena nabycia). W przypadku środka trwałego, który pierwotnie był w dzierżawie/leasingu, a w danym roku stał się własnością świadczeniodawcy, prosimy o podanie wartości, po której środek trwały został przyjęty do ksiąg.
4. Ilość sztuk środków trwałych lub WNIP - prosimy o zgrupowanie takich samych środków trwałych o tej samej wartości początkowej (jeśli w danym OPK jest ich więcej), wówczas prosimy o wpisanie ich liczby, np.7 (w takim przypadku do kolumny wartość początkowa sr trw prosimy wpisać sumę ich wartości początkowych). Jeśli jednak jeden środek trwały jest przypisany także w innym OPK, wówczas prosimy o wpisanie liczby ułamkowej, np. 0,25 jeśli środek trwały jest przypisany do 4 OPKów (wówczas jednak prosimy wpisać taką samą wartość początkową we wszystkich OPKach).
5. Liczba miesięcy funkcjonowania danego środka trwałego i WNIP w roku - ważne w przypadku kiedy środki trwałe/WNIP funkcjonowały przez mniejszą liczbę miesięcy w sprawozdawanym okresie, np. jeśli środek trwały funkcjonował w miesiącach I-IV lub IX-XII, prosimy wpisać 4, jeśli w miesiącach I-X prosimy wpisać 10, itd.
6. Koszt powinien uwzględniać opłaty z tytułu najmu, dzierżawy, leasingu, opłaty serwisowe oraz ewentualnie inne koszty związane z utrzymaniem sprzętu (bez amortyzacji) .
7. W przypadku środków trwałych i WNIP całkowicie zamortyzowanych pozostających ciągle w użytkowaniu, prosimy wpisać 0. W przypadku środka trwałego zaksięgowanego w kilku OPKach, prosimy wpisać część kosztu amortyzacji przypadającą na ten OPK.
8. Proszę wymienić kody ICD-9 procedur medycznych, podczas realizacji których standardowo wykorzystuje się środek trwały/ WNIP. Kody procedur należy rozdzielić przecinkami. Jeżeli środek trwały nie jest związany z konkretną procedurą ICD-9 (np. inkubator) proszę wpisać "do pobytu".